

【論文 2】

医療・介護連携が求められる背景とは

川越 雅弘

作業療法ジャーナル

45(2), 102-107, 2011.2

医療・介護連携が求められる背景とは

The background where the cooperation of medical care and long-term care is pursued in

川越 雅弘*

Q1：今後の人口動態の特徴は？

Key Questions Q2：後期高齢者の増加と連携強化の関係性とは？

Q3：日本の財政や医療提供体制の課題と連携強化の関係性とは？

はじめに

今後15年間、後期高齢者の急増（特に都市部）が予想されている¹⁾。

後期高齢者の場合、医療や介護サービスのみならず、見守り等の生活支援や成年後見等の権利擁護、住居確保等、日常生活を安心・安全に送るうえでさまざまな支援を必要とするため、これらサービスや支援が、日常生活圏域の中で包括的・継続的に提供される仕組みづくり、いわゆる「地域包括ケアシステム」の構築が、現在求められている²⁾。

社会保障財源確保が厳しい局面を迎える中、ここ数年間、同システムの構築に向け、さまざまな医療・介護提供体制や報酬の見直しが推進されてきたが³⁾、その根底にある基本的方向性は、「地域」という枠組みの中での、医療機関間や医療・介護間の「機能分化・機能分担の明確化による効率的なサービス提供の促進」であり、「施設間および職種間の連携強化による切れ目のない適切な医療・介護サービスの提供とその結果としての利用者のQOLの維持・向上」である。

さて、本稿の目的は、医療や介護に携わられるOTの方に、医療連携や医療・介護連携（以下連携）が求められているさまざまな背景について解説するとともに、今後の制度改定の方向性も踏まえた、リハ関係者に期待される役割について言及することにある。

そこで、まず、医療・介護制度見直しに大きく影響する人口構造の変化（医療・介護を取り巻く周辺環境の変化）について解説する。次に、連携が求められる背景因子として、①高齢者特性およびリスクの特徴、②日本の社会保障財政・医療提供体制が抱える課題、の2点を取り上げ、そのポイントを解説する。最後に、リハ関係者に期待される役割について私見を述べる。

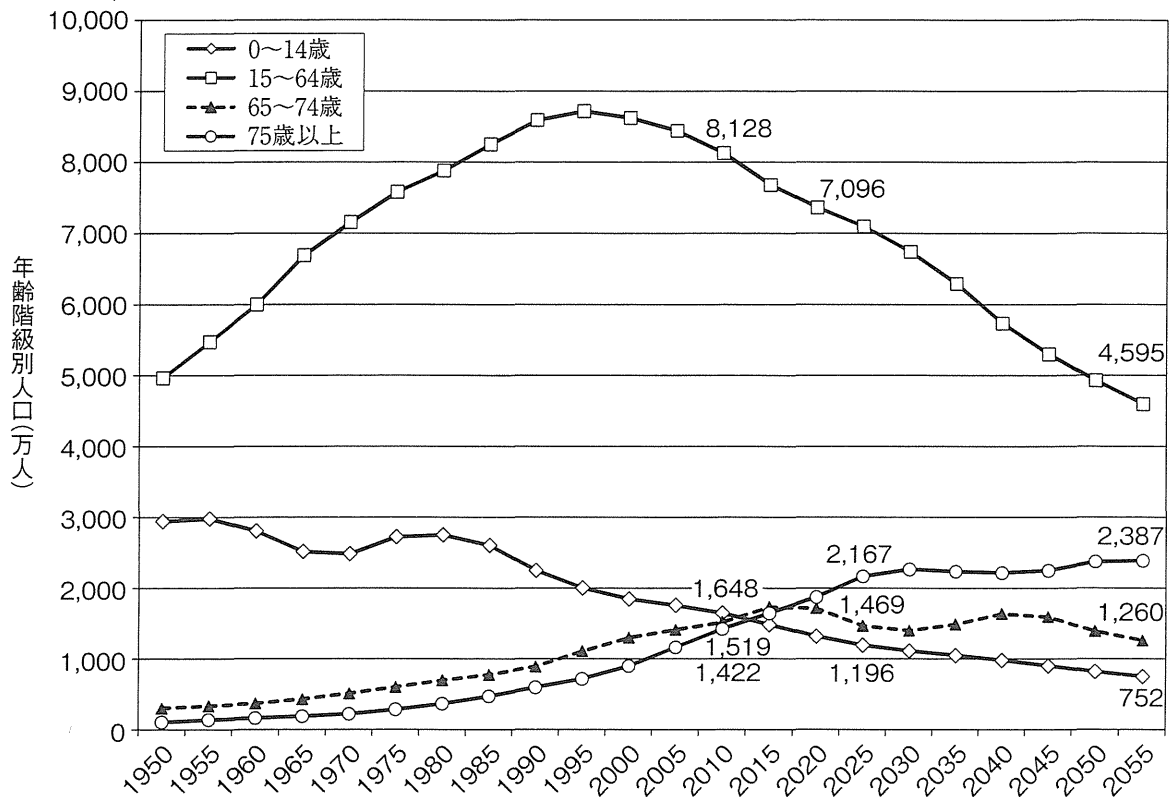
人口構造変化の特徴と医療・介護制度に及ぼす影響

1. 急増する都市部の後期高齢者

国立社会保障・人口問題研究所が行った年齢階級別人口の将来推計（出生中位・死亡中位）¹⁾によると、年少人口（0～14歳）および生産年齢人口（15～64歳）は年々減少、前期高齢者（65～74歳）も2016年まで増加後減少に転じる一方で、後期高齢者（75歳以上）のみ年々増加、特に、2010（平成22年）～2025年の間で、1,422万人が2,167万人まで急増すると予想されている（図1）。なお、この傾向は、都市部で顕著となる。

医療・介護ニーズが高い後期高齢者の急増は、結果として、医療・介護費用の増大も招くことから、財政面からみた制度の持続可能性を確保しながら、必要なサービスや支援を、日常生活圏域内で提供できる体制をいかに構築するかが、現在大

*かわごえ まさひろ：国立社会保障・人口問題研究所企画部第1室、室長 〒100-0011 千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6F 0915-1354/11/¥400/論文/JCOPY



注) 図中の数字は、2010年、2025年、2055年の年齢階級別人口(単位: 万人)である

図1 年齢階級別人口の推移 (文献1より筆者作成)

きな政策課題となっている。

2. 年間死亡者数の増加

同推計によると、年間死亡者数は、2010年の119万人が、2039年には166万人まで増加、その後徐々に減少し、2055年には156万人となると予想されている¹⁾。

日本では、死亡者の約8割が病院または診療所で死亡している⁴⁾。死亡者数は増加する一方で、その受け皿となっている病床数は徐々に減少している。多様な住まいにおける終末期ケア提供体制・提供方法のあり方が、今後の重要課題となる。

3. 独居高齢者の増加

日本の世帯数の推計⁵⁾によると、65歳以上の独居高齢者は、2010年の466万人が、2025年には673万人まで増加すると予想されている。

このことは、家族による高齢者支援機能の低下を意味しており、その代替として、地域による高齢者支援機能の強化を図らざるを得ない。また、高齢者の自立を促進するサービスの拡充や包括的支援体制の構築も重要となる。

4. 生産年齢人口/高齢者人口の比率の低下

病院および診療所の外来・入院患者、介護サービス受給者に占める高齢者の割合は、「外来」48%、「入院」67%⁶⁾、「介護」97%⁷⁾と、医療や介護サービスの多くを、高齢者が利用している。今後、高齢者人口が増える一方で、年少人口、生産年齢人口は減少することから、外来や入院に占める高齢者の割合は、今以上に高くなることが予想される。

ところで、生産年齢人口は、サービス従事者として医療・介護提供体制を、また、被保険者として医療・介護保険財政を支える層であるが、この現役層の人口は、1995年(平成7年)の8,717万人をピークに年々減少している。表に、生産年齢人口/高齢者人口の比率の推移を示すが、1人の高齢者を支える現役層の人数は、1980年(昭和55年)の7.4人が、2010年には2.8人に、2025年には2.0人に減少する。すなわち、2025年には2人の現役層が、1人の高齢者を、サービス提供面および財政面から支援しなければならない状況になるのである。

表 高齢者1人を支える現役世代の人数の推移 (文献1より筆者作成)

	1980	1995	2010	2025	2040	2055
生産年齢人口 (万人)	7,884	8,717	8,128	7,096	5,734	4,595
高齢者人口 (万人)	1,065	1,826	2,941	3,635	3,853	3,646
生産年齢人口/高齢者人口 (人)	7.4	4.8	2.8	2.0	1.5	1.3

このような背景から、今後ますます医療・介護従事者の確保が困難になるとともに、医療・介護財源の負担問題（誰がどの程度負担するのか、どれくらいまで負担可能であるのか）が、制度構築上の大きな足かせとなる可能性がある。

連携が求められる背景 I：高齢者特性およびリスクの特徴

1. 救急ニーズの増大

長崎救急医療白書によると、①脳卒中、肺炎、大腿骨骨折が救急搬送疾患の上位3疾患である、②これら疾患の8割以上を65歳以上が占める、③2週間以内の死亡率は8%以下と比較的低く、入院が長期化している、④70歳以上人口の増加率以上に、70歳以上の救急搬送件数が増加している、ことが報告されている^{8,9)}。

このことは、後期高齢者の急増が、救急搬送の増加、その結果としての入院期間の延伸をもたらす可能性を示唆したものである。

国は、入院医療費の適正化の観点から、平均在院日数の短縮化を進めているが、入院患者の高齢化、家族支援機能の低下は、その阻害要因となる。さらなる入院期間の短縮化を図るためには、①急性期病床におけるチームアプローチの強化（リハを含め）、②後方病院や後方施設、在宅チームとの連携強化を図る必要がある。

2. 高い再発リスク

久山町研究によると、病型別にみた脳卒中の再発率は、脳梗塞で「1年以内」10%、「5年以内」34%、「10年以内」50%、脳出血で「1年以内」26%、「5年以内」35%、「10年以内」56%、くも膜下出血で「1年以内」33%、「5年以内」55%、「10年以内」70%と報告されている¹⁰⁾。このように、脳卒中患者は高い再発リスクを抱えており、退院後の危険因子の管理が非常に重要となる。

脳卒中により、要支援・要介護者となった場合、退院後のケアマネジメントは、地域包括支援センター職員ないし介護支援専門員が実施することになるが、看護師の資格を有する者の割合は年々減少し、現在約2割となっている¹¹⁾。

在宅での日常生活を把握しやすい、介護支援専門員を含めた在宅サービス関係者が、日常生活の変化や状態変化を関知するセンサーとして機能し、適切に医療従事者につなぐ方法論の現場レベルでの具体化が重要となる（医療マネジメントとケアマネジメントの融合）。

3. 機能低下の多面性

高齢者は、加齢に伴って種々の生理機能が低下している。このように、青壮年者にはみられないが、加齢とともに現れてくる身体的および精神的諸症状・疾患のことを老年症候群という。これは、①加齢に伴う生理機能低下、②体動の減少に伴う廃用症候群、が重なって生じるもので、多くの臓器が関与した症状・疾患であることが多い。

林¹²⁾は、老年症候群の代表的な諸症状・疾患として、①廃用症候群、②閉じこもり、③歩行障害、④易転倒性、⑤異常姿勢、⑥排尿障害、⑦感覚障害、⑧精神機能低下、⑨摂食・嚥下障害、⑩低栄養、⑪免疫機能低下、⑫医原性疾患、⑬褥瘡、を挙げているが、その原因や症状は多様であり、また、これら諸症状・疾患は互いに関連し、悪循環を招きやすいといった特徴をもつため、高齢者の症状や機能低下の原因および因果関係を理解するためには、老年症候群に関連した包括的なアセスメント（総合的な機能評価）が必要となる。

ところで、老年症候群に含まれる諸機能に、日常生活活動や社会参加も加えた包括的評価の必要性を提示したのが、世界保健機構（WHO）の国際生活機能分類（ICF）といえる。これは、①心身機能・構造、②活動（能力および実行状況）、③参加、

の3要素で構成される生活機能，ならびに生活機能に影響を与える健康状態，環境因子，個人因子を含め，障害を包括的にとらえる視点の重要性を提示したものであり¹³⁾，これら「生活機能の維持・向上」を図ることが，介護保険におけるサービスやケアマネジメントの目的となっている。

このような包括的アセスメントは，個々の専門職では実施困難である。各専門職が得意とする領域の評価結果を，マネジメント担当者が集約し，一定期間ごとに実施するアセスメント項目変化のモニタリング作業（点検作業）を通じて，生活機能の維持・向上の達成状況を確認するといった，多職種協働による適切なマネジメントの実施が求められる。

4. 高い機能低下リスク—退院前後調査より

松下ら¹⁴⁾は，高齢者大腿骨近位部骨折患者を対象とした，退院後の機能予後調査（多施設調査）を実施し，受傷前には屋外活動が自立であった315人のうち，半年後も屋外活動「自立」は160人（50.8%），「見守り」，「一部介助」各15人（4.8%），「全介助」13人（4.1%），「禁止・行っていない」112人（35.6%）であったと報告している。

村上ら¹⁵⁾は，大腿骨頸部骨折高齢者の自宅退院後2カ月間の歩行能力変化とケア内容の実態を調査し，受傷前伝い歩きであった7人は，退院後2カ月の日常生活全般に要介助の準寝たきり状態であったが，通所介護サービスを主に利用し，通所リハ利用者は1人のみであったと報告している。

退院支援とは，退院前後におけるケア環境の変化（療養環境の変化，ケア提供者の質と量の変化）を認識したうえで，これらギャップをできるだけ少なくし，退院後の療養生活を円滑に進めるための，病院関係者と，その後の受け皿となる在宅関係者間の一連の連携プロセス（申し送り機能）といえる。

国は，平均在院日数のさらなる短縮化を図るためには，病院と在宅関係者間の連携強化が必須と考え，2010年の診療報酬改定，2009年（平成21年）の介護報酬改定で，退院時連携強化に向けたさまざまな点数誘導を行っている。

ただし，「連携を図ること」それ自体が目的ではない。連携は，あくまで，「円滑な退院支援を実現

する」ための手段であり，平均在院日数はそれら取り組みの結果に過ぎない。退院前後で，必要なサービスが適切に判断・提供され，生活機能低下や再入院等を生じさせない形で，在宅療養が送れているかどうかといったアウトカムの観点から，退院時連携の質を評価することが，今後求められる。

連携が求められる背景Ⅱ：日本の社会保障財政，医療提供体制が抱える課題

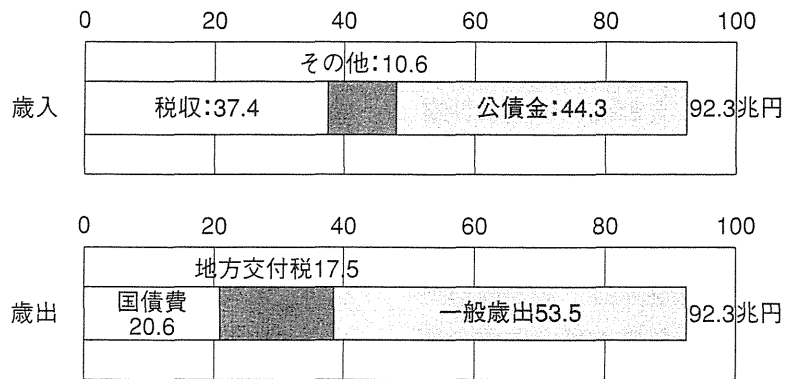
1. 国家予算に占める社会保障費の割合の増加

2010年1月22日に国会に提出された「平成22年度予算政府案」¹⁶⁾をみると，国の一般会計歳出92.3兆円から国債費および地方交付税交付金等を除いた一般歳出（53.5兆円）のうち，社会保障関係費は51%（27.3兆円〔内訳：年金10.3兆円，医療9.4兆円，介護2.1兆円，福祉その他5.4兆円〕）を占めている。ちなみに，2009年度は48%であり，1年間で3ポイント増加している（図2）。

今後の後期高齢者の急増は，社会保障費用の増加をもたらす。そのため，医療・介護制度見直しに際しては，サービス提供体制の改革（医療と介護の役割分担を含む）や報酬改定等の手段を通じて，費用の伸び率をできるかぎり抑えたいという財政運営側や保険者からの圧力が常にかかることとなる。

2. 医療・介護費用の適正化の推進

2025年にかけて，年少人口，生産年齢人口が減少する一方で，後期高齢者は1.5倍（約700万人増）となる。医療・介護ニーズの高い後期高齢者の急増は，医療・介護費用の増大と，それに伴う保険料や税負担の増大，制度の担い手の相対的減少等の問題を生じさせるため，医療・介護制度の持続可能性に大きな影響を及ぼす。厳しい財政事情のもと，これを実現するためには，医療・介護費用の適正化（サービス提供体制の効率化の推進，サービス提供および計画策定におけるPlan-Do-Check-Action〔PDCA〕サイクルの強化，保険給付範囲の見直し，患者自己負担の増加等）を図らざるを得ない状況に，現在おかれているのである。その具体策として，2005年（平成17年）の介護保険制度改革では，介護保険施設における食費・居



■一般歳出(53.5兆円)中, 社会保障関係費27.3兆円(対前年度+24,342億円)
 (内訳) ①年金: 10.3兆円(+2,721億円) ②医療: 9.4兆円(+4,342億円)
 ③介護: 2.1兆円(+1,104億円) ④福祉等: 5.4兆円(+16,175億円)

図2 平成22年度の歳入および歳出 (文献16より著者作成)

住費の見直し(保険給付対象からの除外)が行われた。また、2006年(平成18年)の医療制度改革では、①生活習慣病の患者・予備群の増加抑制を目指した特定健診・特定保健指導の導入(外来費用の適正化)、②平均在院日数の短縮(入院費用の適正化)、③介護療養病床の廃止を含めた療養病床の再編成(入院費用、介護施設費用の適正化)、④都道府県の医療計画策定プロセスへのPDCAサイクルの導入・強化等が行われたのである。

3. 医療提供体制が抱える課題—機能分化と連携の推進

日本の医療提供体制は、先進諸国に比べ、①平均在院日数が長い、②人口千人あたりの病床数が多い、③人口千人あたりの医師・看護職員数はほかの先進諸国を若干下回る程度だが、病床百床あたりの医師・看護職員数は非常に少ない(英国や米国の1/5程度)等の特徴がある¹⁷⁾。

すなわち、日本の場合、病床・病院数や医療機器などの「資本」は、先進諸国よりも充実しているが、医師や看護職員等の「労働」の投入量が手薄になっているのである。平均在院日数が長いことも、急性期病床への医師や看護職員、リハ専門職の配置が薄いという実態が影響していると考えられる。

さて、財政圧力のもと、これら医療提供体制の改善を図っていくため、社会保障国民会議¹⁸⁾は、構造問題の解決への取り組みが不可欠であり、「選

択と集中」の考え方にもとづいて、①病床機能の効率化・高度化、②地域における医療機能のネットワーク化、③医療・介護専門職種間の機能や役割分担の見直しと協働体制の構築、④人的資源の計画的養成・確保等、効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で、資源を投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であると指摘している。

ただし、効率化を目指した医療機関間の機能分化の推進は、つなぎ部分(退院時)において、サービスの質の低下(不本意な転院、退院や紹介等)を招く危険性がある。そこで、質の低下を引き起こさないために、「連携」の強化が、機能分化とあわせて求められているのである。

リハ専門職に期待される役割—地域包括ケア構築の観点から

1. 退院支援プロセスへの関与の強化—在宅関係者との連携強化

要支援・要介護高齢者の、地域における療養生活を支えるためには、在宅サービスの調整のみならず、在宅から病院や施設への入院・入所、および病院や施設から在宅への退院・退所に至る過程での切れ目のないサービス提供等、高齢者の状態の変化に応じた多様なサービス・支援を包括的・継続的に提供していく「地域包括ケアシステム」の構築が重要であり、現在、同システムの構築が

重要な政策課題となっている²⁾。

「地域でいかに安全・安心に暮らすか」の視点から見た場合、高齢者にとって、入院・入所は、療養生活の一部（非日常）であり、病院が行う退院支援プロセスは、非日常空間から、日常空間への橋渡し機能であるといえる。

多くのリハ職は病院勤務からスタートする。また、病院リハ職が退院後の患者の状況を把握することはあまり行われていないため、急性期リハしか担当していない者にとって、在宅のイメージ化は困難となる。ただし、今後、急性期病床は徐々に削減（機能分化）される一方で、地域におけるリハニーズは増加していく。自身のキャリア形成を図るうえでも、「地域」にも目を向け、在宅関係者との連携強化を図っていくことが重要となる。

2. リハマネジメント機能の強化—ケアマネジメントとの融合

介護保険サービスおよびマネジメントに期待されている役割は、「生活機能の維持・向上」であり、これを通じた「自立支援」である。

リハは、①本人の日常生活動作に対する能力の向上（ADL 向上等）、②環境調整・整備、③さまざまな道具・用具の活用と活用方法の指導・助言、等の手段を通じて、高齢者の自立を支援する重要なサービスである。また、生活機能予後評価を行い得る唯一の職種といっても過言ではない。

ただし、退院後においても、高齢者の24時間365日の日常生活を、リハサービスだけで支え切ることが不可能である。実際、訪問や通所の形で、直接的に提供されているサービス量は非常にかぎられているため、直接的なサービス提供時間以外での日常生活上の指導・助言や、他の在宅関係者との連携強化が重要となる。

他職種との差別化が可能な、リハ職が有する能力の特徴は、①自立を支援するための引き出しが多いこと（いろいろな手段をもっていること）、②生活機能予後評価ができることであろう。

地域包括ケア研究会報告書でも、リハマネジメントの機能強化が求められている。介護支援専門員や地域包括支援センター職員との連携強化を図り、より自立支援につながるケアプラン構築を支

援すること、リハサービスの適切な導入が自立支援につながることを、マネジメント担当者に体感してもらうことが、結果として、他職種からのリハに対する理解促進につながるものと考えられる。

文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成18年12月推計）、2007
- 2) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書—今後の検討のための論点整理（平成20年度老人保健健康増進等事業）、2009
- 3) 川越雅弘：我が国における地域包括ケアの現状と課題。海外社会保障研究, No.162, pp4-15, 2008
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部（編）：平成20年人口動態統計 中巻。厚生統計協会, 2010
- 5) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計—全国推計（2008年3月推計）、2008
- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成20年患者調査。厚生統計協会, 2009
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部：介護給付費実態調査月報（平成22年7月審査分）、2010
- 8) 栗原正紀：続・救急車とリハビリテーション—高知から長崎へ 回復期リハ病棟への熱い想いをかたちに。荘道社, pp72-74, 2008
- 9) 長崎市：長崎救急医療白書2008, 2010
- 10) 中山博文：脳卒中になったその日から開く本。保健同人社, p86, 2009
- 11) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書。p15, 2010
- 12) 林 泰史：老年症候群。日医雑誌 127:1814-1819, 2002
- 13) 障害者福祉研究会（編）：ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版。中央法規出版, 2002
- 14) 松下 隆：高齢者の大腿骨頸部骨折後のADLの維持に関与する因子の解明と術後生活の自立を維持する治療法の確立に関する研究（主任研究者 松下 隆）、厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）、平成16-17年度総合研究報告書, pp1-11, 2006
- 15) 村上満子, 他：大腿骨頸部骨折高齢者の自宅退院後2か月間における歩行能力変化と必要なケア。日本在宅ケア学会誌 10:75-82, 2007
- 16) 財務省：平成22年度予算政府案。2010 (URL: <http://www.mof.go.jp/seifuan22/yosan.htm>)
- 17) OECD: OECD Health Data 2010. 2010
- 18) 社会保障国民会議：社会保障国民会議最終報告（平成20年11月4日）、2008 (URL: http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukoku/minkaigi/saishu/siryuu_1.pdf)

【論文 3】

フランスにおける医師と看護師の役割分担

篠田 道子

海外社会保障研究

174, 30-41, 2011.3

フランスにおける医師と看護師の役割分担

—看護師の「固有の役割」を中心に—

篠田 道子

■ 要約

フランスには処方権を持ついわゆるナースプラクティショナーは存在しない。手厚い医療保険と医療提供体制のもと、看護師の処方権よりは医師と看護師の役割を整理し、看護師の「固有の役割」を法的に位置付けてきた。背景には、急性期医療や在宅医療の高度化・複雑化に伴い、医師から看護師への行為の委譲が求められたこと、古くから専門看護師制度が存在していたことがあげられる。専門看護師は、小児、麻酔、手術室という限られた領域しかカバーしていないため、看護師の役割拡大は、一般看護師を対象に行われた。一方、在宅入院制度で配置が義務付けられている管理看護師は、院内外の多職種・他機関を調整する「高度に訓練されたジェネラリスト」である。チーム医療の推進には、このような調整役が求められるのではないか。

■ キーワード

フランス専門看護師、固有の役割、管理看護師、在宅入院制度

はじめに

わが国の急性期医療は、医療技術の進歩で医行為が高度化、複雑化し医師の負担が増えている。一方で、高度な教育を受けたコメディカルが増えているにもかかわらず、その専門性が十分に発揮されていないという声がある。このような背景から、2006年12月に内閣府の規制改革・民間開放推進会議が、医師とコメディカルの役割分担の見直しや、看護師の業務拡大の検討を提言し、2009年6月23日には「経済財政改革の基本方針2009」を閣議決定し、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し(専門看護師の業務拡大等)」について専門家会議で検討を行い、2009年8月28日に厚生労働省内に「チーム医療の推進に関する検討会」(以下「検討会」)が設置され、2010年3月18日に報告書をまとめた。

検討会では、コメディカルの役割の拡大、ス

タッフ間の連携の推進とともに、保健師助産師看護師法(以下「保助看法」)の中で、医師の包括的指示のもとで一定の医行為(特定の医行為)を実施する、特定看護師(仮称、以下同様)の創設を検討することが明記された。処方権を持つナースプラクティショナー(nurse practitioner: NP)の制度化は見送られた。

フランスには処方権を持つNPは存在しないが、古くから専門看護師制度が発達し、医療技術の進歩に合わせて医師と看護師の役割分担を整理し、「固有の役割」(role propre)を法的に位置付けてきた。ただし、フランスにおいても看護教育は現時点でも専門学校での養成であり、法的にも医師の補助的役割という位置付けで、必ずしも社会的地位は高くないなど、医師と看護師の関係は日本と同じような課題を抱えている。

本稿では、フランス医療制度、医師・看護師・専門看護師の動向を概観しながら、法的に定め

られた看護師の「固有の役割」を例示しつつ、医師との役割分担をわが国の看護師業務の現状と比較しながら整理する。フランス看護師は、一部の医師の反対に対抗しながらも、関係各団体を巻き込みながら「固有の役割」を確立し、これを拡大してきた経緯がある。また、専門看護師制度があり、専門看護師率は全看護師の8.6%である。専門看護に特化していくコースと、マネジメントに特化するコース(管理看護師)に分かれ、専門看護師の3分の1が管理看護師である。背景には、専門に特化した看護師だけではチーム医療が円滑に回らないこと、短い入院医療をカバーする在宅入院制度(後述)が発達し、ここでは病院・在宅・開業者との三つ巴の連携が求められることから、マネジメントができる管理看護師の配置が義務付けられている。

フランスは一般看護師の「固有の役割」を位置付けたこと、専門に特化する看護師とともに、マネジメントを学び、チーム医療や病診連携・看護連携を円滑にする管理看護師の役割も評価されていることを強調したい。最後に、現在厚生労働省の「チーム医療推進会議」で検討されている「特定看護師」が医師の包括的指示のもと、特定の行為を行うことについて、フランス看護師の「固有の役割」を比較しながら、その是非も含めて私見を述べたい。

1. フランス医療制度の概要

(1) 国民皆保険で公的医療保険と補足医療保険の2階建て

フランスはわが国と同様に国民皆保険を原則とする社会保険制度である。職域ごとに分化された医療保険制度があり、加入者の職業形態により、被用者一般制度、特別制度(船員や国鉄職員など)、農業制度、非被用者制度(自営業者や聖職者など)がある。このうち一般制度に国民の80%が加入している。保険者は疾病金庫(Caisse)

である。

2001年1月に、低所得者を対象とした普遍的医療給付(*converture medicale universelle*: CMU)を導入して国民皆保険を徹底した。CMUとは、国、公的保険、補足的医療保険組織が共同出資したもので、医療保険に加入できない低所得者や無保険者にも、同等の医療サービスを無料で受けられるようにしたもので、2006年にはCMUの加入者は500万人にも達している。

フランスでは、公的医療保険で給付されない医療費(自己負担金、私費診療の医療費など)をカバーする補足医療保険が発達している。強制加入ではないが、国民の93%が加入している。運営は共済組合、相互扶助組合、一般の保険会社などである。このように、公的医療保険と補足医療保険の2階建て制度という、手厚い給付体制を誇り、実質自己負担はほとんど発生しない仕組みになっている。

(2) 医療機関と医療費の支払い

表1にフランスの基本情報を示す。医師・看護師数は、団塊世代の退職を控えているものの、現時点では十分な数が確保されている。急性期病院の平均在院日数は5.2日と短い。フランスの病院は設置主体により、公的病院、民間非営利病院、営利病院に区分され、公的病院が多くを占める。機能分化も進んでおり、急性期病院、中期医療施設(わが国の亜急性期病床や回復期リハビリテーション病棟に該当する)、長期療養施設、精神病院に分かれている。2008年の全病床数は、440,656床で、そのうち急性期病床が50%を占める。人口は日本の半分であるが、病床数は4分の1と少ない。その分、医師や看護師の配置が手厚くなっている。

入院医療費は、公的保険でカバーされる部分については、疾病金庫から病院に直接支払われる。給付率は80%であり、自己負担部分の20%

を一旦支払い、後日補足医療保険者に請求する。外来医療費は償還払いが基本である。償還率は医療行為によって異なる。例えば、医師の外来診察料は70%、看護師やリハビリ技師によるセラピーは60%である。

(3) 近年の医療費抑制政策

2008年フランスの医療費はGDPの11%であり、人口の伸び率より医療費の伸び率が高い状態が続いていた。医療機関へのフリーアクセス、自由開業制、手厚い医療体制、低い自己負担などから医療費が増大する仕組みとなっていた。

医療費を抑制するため、2004年に医療制度を改革した。主な取り組みとして、①「かかりつけ医制度」の導入、②保険免責制度、③その他(有効性が低い薬剤の償還率の低下、患者カード導入による医療情報の共有化)である。本稿では①と②について述べる。

① 「かかりつけ医制度」によるフリーアクセスの制限

16歳以上の国民は、所属する疾病金庫にかかりつけ医を指定し通知することが義務付けられた。かかりつけ医を経由せずに、直接専門医に受診した場合は、自己負担額が増額されるペナルティが課せられた。2006年6月には、国民の77%がかかりつけ医を持ち、そのうち99.6%は一般医から選ばれている。

② 保険免責制度による自己負担の増額

国民にコスト意識を持ってもらうために、診察1回当たり1ユーロを自己負担する制度である(開業看護師やリハビリテーションなどの医療サービスも同様)。この自己負担については、補足医療保険でもカバーされないため、実質自己負担が増えた。ただし、1年間の負担上限額は50ユーロである。また、入院医療費、18歳未満と6ヶ月以上の妊婦、CMUの受給者については適用されない。

表1 フランス/日本基本情報

項目		単位	フランス	日本
総人口		千人	62,149	127,395
65歳以上の人口比率		%	16.6	22.1
平均寿命		年	男77.8/女84.5	男79.3/女86.1
合計特殊出生率		%	2.00	1.37
病床数	人口千人当たり総病床数	床	7.1	13.9
	人口千人当たり急性期病床数	床	3.5	8.1
医師数	人口千人当たり医師数	人	3.34	2.15
	病床百床当たり医師数	人	48.4	15.6
看護師数	人口千人当たり看護師数	人	7.93	9.54
	病床百床当たり看護師数	人	114.9	69.1
平均在院日数(急性期)		日	5.2	18.8
一人当たりの外来受診回数		回	6.3	13.6(06年)
社会保障費対GDP		%	29.0	18.6
医療費対GDP		%	11.2	8.1(07年)
国民負担率		%	61.2	39.0

出典：OECD Health Data 2010

2. フランスにおける医師・看護師の養成

(1) 医師

Code de la Sante Publique(以下、「公衆衛生法典」)L4111-1では、医師(medecin)、歯科医師(chirurgien-dentiste)、助産師(sage-femme)を「医療職」と位置付け、「いかなる者も医師業、歯科医師業、助産業を行うことはできない」と業務独占を明記している。さらに、所轄の県医師会、歯科医師会、助産師会への名簿登録が義務付けられている。本名簿は、県庁および地方裁判所に提出され、毎年1月に新しい名簿が公表される。医師、歯科医師、助産師は登録県以外の会には登録できない。

フランスの医師は、国立大学で6年間勉強し、卒業試験に合格すると医師免許が与えられる。免許の更新はない。専門性から一般医と専門医に分れ、専門医になるためには、医学部終了後「アンテルヌ試験」(インターン試験)に合格し、4-5年の専門教育を受ける。一般医を希望した者は、2年間の臨床研修を受ける。また、雇用形態から自由診療を行う医師(営利病院、開業医)と保険診療を行う医師(公的病院の勤務医)に分けられている。自由診療医は、Sector 1、Sector 2、Sector 3の区分がある。Sector 1の医師は協約料金に基づいて保険診療を行い、Sector 2の医師は保険診療+協約料金を超える診療、Sector 3の医師は自由診療のみを行う。

国立医師会評議会(CNOM: Conseil national de l'ordre des medecins)が2010年11月23日に「フランスにおける医師人口図解」を公表した。それによると、2010年1月1日時点で、フランスにおける医師保有資格者は261,378人、このうち216,450人が医療に従事している。人口10万人あたりの医師数は平均308.8人で、ここ30年間では、人口の伸び率より医師の増加率が上回っている。さらに、医師の都市部偏在、女性医師とパートタイマー医師の増大、医師の高齢化など、日本と共

通する問題を抱えている。

(2) 看護師

フランスの看護の資格は看護師(Infirmiere)と助産師の2種類である。教育プログラムの根拠法は公衆衛生法であるが、教育の管轄については、看護師は保健省、助産師は教育省と異なっている。両者ともに国家資格が必要あり、免許の更新はない。

看護師免許を取得するためには、高校卒業後に看護師養成学校(専門学校)で、3年間(37.5ヶ月、4,760時間)履修し、地方公衆衛生局が実施する国家試験に合格して、看護師国家免許を取得する。准看護師制度はなく、すべて正看護師である。

助産師は、高校卒業後に助産師養成学校(専門学校)で、4年間の教育を受け、教育省が実施する国家試験を受験し、合格すれば助産師免許を取得する。

フランスではさらに専門看護師(小児・麻酔・手術室)を取得して専門化するコースと、管理看護師としてマネジメントに特化するコースに分かれる。専門看護師は2年以上の実務経験を経た後に、一定期間専門の教育機関で教育を受ける(ただし、小児看護師は実務経験を問われない)。管理看護師は4年以上の実務経験が必要で、専門看護師を取得する必要はない。より専門化するか、あるいは管理職化していくかを選択する。

さらに管理看護師は、①医療保健管理職、②上級医療保健管理職、③看護部長2級、④看護部長1級の4段階に分かれる。管理職になると、指導的立場や院内の重要なポストに就くようになる。こららは、資格ごとに存在する「身分に関する法令」によって規定されている。これら専門看護師の根拠法、教育機関や期間、資格試験などについては、表2に示すように、山本、刀根、岡谷が詳細な報告をしているので参考にされたい。

表2 フランス専門看護師の資格と教育の概要

	小児看護師	麻酔看護師	手術室看護師	管理看護師 Diplome de cadre de santé			
	Puéricultrice	Infirmiere - anesthésiste	Infirmiere - de bloc opératoire	医療保健管理職	上級保健医療管理職	看護部長2級	看護部長1級
前提条件	看護師免許(実務経験は必要なし)	看護師免許取得後2年間の臨床経験	看護師免許取得後2年間の臨床経験	看護師または専門看護師の免許実務経験4年以上	医療保健管理職の免許と管理職の実践	上級保健医療管理職の免許と5年間の管理業務を含む10年実践	看護部長2級の免許と実践
教育期間	12ヶ月	24ヶ月	18ヶ月	10ヶ月	実践現場での訓練・教育	9ヶ月	実践現場での訓練・教育
認定機関	地方病院機構						
根拠法	デクレ47-1544 小児看護師の身分に関する法令	デクレ88-903 麻酔看護師の身分に関する法令	デクレ71-388 小児看護師の身分に関する法令	デクレ2000-1009 看護管理職の身分に関する法令			
資格	国家免許						
資格試験の有無	国家試験			国家試験	書類審査	国家試験	国家試験
登録機関	地方公衆衛生局						

出典：山本あい子他(2004)：平成13年度厚生科学特別研究事業「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」pp.48-51を加筆・修正

本稿では、これらの先行研究を参考に看護師の「固有の役割」を整理する。

(3) 開業看護師

フランスではすべてのコメディカル職に開業権がある。多くは、多職種が共同でビルを借りて、グループ診療を行っている。開業看護師数は2009年末で約70,000人であり、看護師の14%を占める。開業看護師は専門看護師である必要はなく、実務経験3年を経た後に、地方公衆衛生局に登録して開業する。開業看護師は、自宅やオフィスなどで看護クリニックを開業し、訪問看護も提供する。

3. フランスの看護師と専門看護師の動向と歴史

(1) 看護師と専門看護師の動向

全国被用者疾病金庫 医療職者台帳の2009年1

月1日付けによれば、フランスの看護師数は502,500人で、人口1,000人当たりの看護師数は7.93人、100床当たりでは114.9人である。専門看護師数は43,000人で、専門看護師率は8.6%である(内訳は、小児専門看護師3%、麻酔専門看護師1.6%、手術室専門看護師1.2%、管理看護師2.7%)。ここ10年間で看護師数、専門看護師数ともに伸びている。表3に看護師数と専門看護師数の動向を示した。

専門看護師の勤務場所は、個人開業15%、病院71%(公的病院54%、民間非営利+営利病院17%)、高齢者施設4%、その他10%であり、公的病院勤務が半数を占めている。

(2) 専門看護師の歴史

専門看護師の歴史は古く、戦後まもない1947年に母子保護政策を高める職種として、小児専門看護師が誕生した。手術と麻酔技術の高度化

表3 フランスにおける看護師と専門看護師の動向

	2000年	2003年	2006年	2009年
看護師数(人)	383,200	422,800	464,900	502,500
専門看護師数(人)	27,900	32,600	37,100	43,000
小児専門看護師	12,000	11,600	13,200	15,000
麻酔専門看護師	5,400	6,400	7,200	8,100
手術室専門看護師	3,700	4,800	5,500	6,200
管理看護師	8,600	9,900	11,300	13,700
専門看護師率(%)	7.3%	7.7%	8.0%	8.6%

出典：ADELI(全国被用者疾病金庫 医療職者台帳)

に伴い1960年に麻酔専門看護師、1971年に手術室専門看護師が誕生した。

医療技術の高度・複雑化に伴い、医師にはより高いレベルの医療行為が求められるようになってきた。そのため、医師が提供していた医療行為が徐々に看護師に委譲されようになり、かつ、看護補助者による療養上の世話が認められるようになってからは、看護師は医療の技術的業務を実施する「技術者」にシフトしてきた。

1980年代になり、医師から委嘱された業務について、看護師の「固有の役割」(role propre)としてDecret(デクレ：政令)¹⁾に明記しようとする動きが活発になった。しかし、「看護師は医師の助手」と考えていた一部の医師の団体が反対したため、看護師の職業団体や労働組合がデモを行い、対抗した。その結果、1984年に看護師の「固有の役割」がデクレとして明記された。これにより、看護師は患者との関係を基本にしながら、固有の役割について責任をもって遂行することになった。看護師の自律性を承認する大きな出来事であった。

4. フランスにおける看護師の固有の役割

(1) 看護師の業務実践における「固有の役割」

日本の保健師助産師看護師法(以下「保助看法」)第37条では、医師から看護師への「指示」については、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応

できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示すること、つまり「包括的指示」により看護業務が行われている。包括的指示はあいまいな概念で、基準や行為など具体的な例示がないため、しばしば人によって解釈が異なる、いわゆるグレーゾーンとして扱われている。

個々の医療行為が「診療の補助」の範囲に含まれるか否かについては、当該行為の難易度、看護教育の程度、医療用機材の開発の程度を総合的に勘案し、社会通念に照らし合わせて判断されるとし、これまで厚生労働省は、2002年「静脈注射」、2007年「薬剤の投与量の調整」が「診療の補助」の範囲に含まれるとしている。ただし、膨大な医療行為を一つひとつ区分けするのは限界があること、診療の補助業務にも難易度があり、どのような方法で区分けするかは議論されていない。

フランスでは、1984年に看護師の「固有の役割」がデクレとして明記されたことをきっかけに、看護行為について、雇用連帯省2004年7月29日「看護職実践・職業行為に関する法」に明確している(表4)。以下、法の概要を示す。

・第1条：「看護実践には、分析、計画、実行、評価、臨床データ収集、疫学と予防活動への参加、検査、保健衛生教育が含まれる。看護実践にあたっては、多職

- 種とチームを形成して活動する」と規定されている。
- 第2条～第4条(略)
 - 第5条：看護師が独自に判断・決定して行う看護行為(本稿では「A」とする)
 - 第6条：救急の場合を除き、医師の処方箋(内容・量・日付・署名を明記)、またはプロトコールが必要で、看護師が単独で行う行為(「B」)
 - 第7条：医師の処方またはプロトコールに則り、鎮痛治療を自主的に使用することができる。さらにこれらを看護記録に記載

- すること。
- 第8条：医師の処方箋(内容・量・日付・署名を明記)、またはプロトコールが必要で、至近距離に医師の物理的臨場を必要とする行為(「C」)
 - 第9条：医師が行う際に、介助者として参加できる行為(「D」)
 - 第10条：麻酔専門看護師が行える行為(「E」)
 - 第11条：小児専門看護師が行える行為(「E」)
 - 第12条：手術室専門看護師が行える行為(「E」)
- また、上記A～Eの看護行為について、わが国の保助看法「療養上の世話」と「診療の補助」業務

表4 フランスにおける看護職実践・職業行為(抜粋)

<p>A. 看護師が判断・決定して行う行為(医師の指示や処方必要なし)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 投薬：服薬の確認、作用・副作用の管理と教育 • 排泄ケア • 呼吸管理 • 褥瘡予防とケア • 経管人工栄養の注入と交換、ケア、観察 • 食事や栄養のケア • 睡眠、安静、移動のケア • 心理精神的ケア <p style="text-align: right;">合計38行為</p>
<p>B. 医師の処方やプロトコールに基づき、看護師が単独で行う行為</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 静脈注射、筋肉注射、皮下注射、点滴、ワクチン接種 • 中心静脈路(血管)確保 • ドレーンの交換や除去 • 洗浄目的の胃管挿入 • 肛門ゾンデ挿入、洗浄、浣腸、摘便 • 2回目以降の気管カニューレ交換 • 心電図、脳波記録 • 採血、血中酸素濃度測定、中心動脈圧の測定 • 他院への患者移送時のケアと観察 • 医師、患者、看護師間での治療計画作成 等 • 抜糸 • 子宮内や膣洗浄 <p style="text-align: right;">合計34行為</p>
<p>C. 医師の処方やプロトコールに基づき、かつ医師の物理的臨場を必要とする行為</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 輸血などの注射(適合性の確認が必要なもの) • 中心静脈カテーテルへの鎮痛剤注入 • 中心静脈カテーテルの除去 • 手動徐細動器の使用 • 脱アルコール治療、睡眠治療 • 手術直後から覚醒までを除く手術直後の経過観察とケア <p style="text-align: right;">合計10行為</p>
<p>D. 医師が行う際に、介助参加できる行為</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 負荷または薬剤使用での心電図や脳波の記録 • 貯留物除去ゾンデ初回 • 循環動態データ観察 • 精神科における電気ショック <p style="text-align: right;">合計10行為</p>

E. 専門看護師に限って行える行為	<p>【麻酔専門看護師】 医師の処方やプロトコールに基づき、かつ麻酔医が物理的に臨場している場合に行える行為</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全身麻酔 ・部分麻酔 ・手術直後蘇生覚醒 ・手術直後、覚醒室での経過観察 <p>【小児専門看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児の発育と成長観察 ・新生児の栄養 ・障害の予防と早期発見目的の検診 <p>【手術室専門看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術室内管理、リスクマネジメント ・各部署との調整
-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

表5 「診療の補助」行為に関するフランスと日本の比較

	診療の補助行為	フランス	日本
注射	筋肉注射, 皮下注射, 皮内アレルギーテスト	○	○
	静脈注射(ワンショット)	○	○
	中心静脈血管確保	○	×
	中心静脈カテーテルへの鎮痛剤注入	△	×
	中心静脈カテーテルの抜去	△	×
検査	採血(静脈)	○	○
	採血(動脈ライン)	○	△
	12誘導心電図検査の実施	○	○
その他	創部洗浄・消毒	○	○
	体表面創の抜糸	○	×
	気管カニューレ交換	○	×
	ドレーンの交換や抜去	○	×
	気管内挿管	×	×

注) ○：医師の指示で看護師が単独で実施できる行為
 △：医師の指示があり、かつ医師がそばにいれば実施できる(している)行為
 ×：看護師は実施できない(しない)行為

との関係を整理した。

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. 看護師が独自に判断・決定して行う行為
 ⇒医師の指示や処方を必要としないので、「療養上の世話」に該当する</p> <p>B. 医師の処方やプロトコールに基づき、看護師が単独で行う行為
 ⇒ほとんどが「診療の補助」に該当するが、一部該当しないハリスク行為が混在している(動脈血採血、中心静脈路確保)</p> <p>C. 医師の処方やプロトコールに基づき、かつ</p> | <p>医師の物理的臨場を必要とする行為
 ⇒ほとんどがハイリスク行為で、「診療の補助」に該当しない</p> <p>D. 医師が行う際に、介助者として参加できる行為
 ⇒「診療の補助」に該当しない行為</p> <p>E. 専門看護師に限って行える行為(麻酔看護師のみ)
 ⇒「診療の補助」に該当しない行為
 また、第7条「医師の処方またはプロトコール</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

に則り、鎮痛治療を自主的に使用することができる。さらにこれらを看護記録に記載すること」では、鎮痛剤に関する看護師の裁量権が定められている。

さらに、上記「診療の補助」行為で主要なものを抽出して、フランスと日本を比較した(表5)。フランスでは多くの医療行為は一般看護師が行っている。

(2) 開業看護師は医師の処方に基づき看護行為を提供

開業看護師が行う看護行為には、一つひとつに看護点数(診療報酬に該当)が決められている。注射や創処置など医療行為を評価する「医療・看護技術」(AMI: Actes Medico Infirmierde)と、ケアプラン作成や清拭など「看護・生活技術」(AIS: Actes Infirmierde Soins)の2種類に分かれており、それぞれ単価が定められている(1AMIは3.15ユーロ、1AISは2.65ユーロ)。これらは出来高払いで請求できる。これらは開業看護師に対する報酬であり、病院勤務の看護師は算定できない。表6に主なAMIを示す。急性期病院の平均在院日数が5.2日と短いため、患者は早々に退院し、抜糸や注射などの処置は在宅入院または開業看護師が実施している。

開業看護師の看護行為は、あくまでも医師の処方に基づいて実施されており、病院看護師であれば独自の判断で行う「療養上の世話」についても医師の指示が必要になる。ただし、看護師が看護行為の追加や変更が必要と判断した場合は、医師に相談し処方を変更してもらうなど柔軟な対応をしている。処方の有効期間は、慢性期疾患で状態が安定している場合は6ヶ月、術後や抗癌剤治療など急性期～回復期については、状態によって1週間から1ヶ月に設定されている。

(3) 在宅入院制度では管理看護師がキーパーソン

在宅入院制度(Hospitalization à Domicile: HAD)とは1970年12月31日病院法によって導入されたもので、2000年5月30日の雇用連帯省通達によって基本的な枠組みが定められている。本通達によれば「HADとは、患者・家族の同意のもと、病院勤務医および開業医により処方される患者の居宅における入院である。あらかじめ限定された期間に(ただし、患者の状態に合わせて更新可能)、医師およびコメディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を居宅で提供されるサービス」と定義されている。

医療ニーズの高い退院患者に対して、在宅入

表6 主な医療・看護行為(AMI)の点数(抜粋)

医療・看護行為(抜粋)	AMI [#]	金額(ユーロ)
皮下注射	1	3.15
筋肉注射	1	3.15
小児皮下注射・筋肉注射	2	6.3
静脈注射	1.5	4.725
採血	1.5	4.725
気管切開口処置・吸引・管交換	2.25	7.087
抜糸(10針未満/10針以上)	2/4	6.3/12.6
潰瘍・皮膚移植処置	4	12.6
尿道カテーテル挿入(男/女)	4/3	12.6/9.45
尿道カテーテル交換(男女同じ)	1.25	3.93
在宅医師への報告(書類作成)	5	15.75

注) ※1AMI=3.15ユーロ

院機関が病院チームと個人開業者と三つ巴の連携をしながら、在宅ケアへ軟着陸させるシステムであり、多職種チームによる集中的ケアマネジメントである。在宅入院機関は病診連携の中核的役割を担い、個人開業者との関係を強化し、家庭復帰を支援する。在宅入院の目的は、在院日数を短縮し、再入院を回避しつつ、患者の在宅生活を支援するものである。精神科を除くあらゆる診療科を対象とする。公立病院協会傘下の急性期病院は、在宅入院機関の支部を併設することが義務付けられ、地方病院局は、病院の入院を代替する在宅入院をより一層発展させるよう通達している²⁾。

HADは多職種・他機関とのシステムづくりがポイントであり、キーパーソンはコーディネート看護師である。コーディネート看護師は管理看護師の資格が必要で、公衆衛生法でも配置が義務付けられている³⁾。フランスにはわが国のような介護支援専門員が存在しないため、病診連携や看護連携はもっぱらHADの管理看護師が担っている。

管理看護師は、医師の処方に基づいてケアプランを作成し、患者・家族の同意を得てサービスの調整を行う。その後定期的にモニタリングを行い、症状が安定したり、セルフケア能力が高まって自己管理できるようになれば、HADの役割を終えて個人開業者や在宅サービス業者に引き継ぐ。

5. まとめとわが国への示唆

(1) 手厚い医療保険と医療提供体制のもと、看護師の処方権よりは医師と看護師の役割を整理

フランスの看護師は処方権を持たず、「固有の役割」として裁量の幅を拡大し、法的に位置付けてきた。背景には、急性期医療や在宅医療の発達に伴い、医師から看護師への行為の委譲が行

われてきたこと、古くから専門看護師制度が発達していたことがあげられる。自らの業務の拡大には、医師会の反対があるなど日本と同じ状況を経験してきたが、関係団体を巻き込みながら合意を得てきた。

諸外国ですでに導入されている看護師の処方権のメリットとして、①費用の安さ(医療費の抑制)、②医療へのアクセスのしやすさ、③待ち時間の短縮などが指摘されている⁴⁾。フランスは手厚い医療保険と医療提供体制により、自己負担は低く抑えられており、かつ、医師へのアクセスも容易で、病床数に見合った医師数も確保されていることから看護師による処方権を求めてこなかった。ただし、医療の現場でしばしば問題となる、いわゆるグレーゾーンに該当する医療行為については、医師が裁量を委譲しながら、医師と看護師の役割を整理し、法で定めるなど合理的な方法をとってきた。

わが国はフランスよりも医療へのアクセスが良く、外来にかかる待ち時間はほとんどない。さらに、医師の技術料もこれら諸外国と比較すると高くない。ただし、病床数が多いため、医師・看護師の配置数が少なくなっている現状がある。

(2) 一般看護師を対象に「固有の役割」を拡大

フランス看護師の「固有の役割」の拡大は、専門看護師ではなく一般看護師を対象に行われてきた。これは、看護師とはジェネラリストであること、小児・麻酔・手術室専門看護師は、限られた領域での専門性であることが合意されているからである。一方で、病診連携や看護連携を促進し、在院日数を短縮化し、在宅医療への軟着陸を多職種とともに進める管理看護師の存在が早くから評価され、HADでも配置を義務付けている。

厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討

会]で議論されている特定看護師は、「医師の包括的指示のもとで侵襲性の高い医療行為を行う看護師」であり、処方権を持つNPとは異なっている。その意味では、フランスの一般看護師が行っている医療行為「B. 医師の処方やプロトコルに基づき、看護師が単独で行う行為」に近いものと理解している。検討会で議論されている「特定医行為として想定される行為例」は、①動脈血ガス測定のための採血、②創部ドレーンの抜去、③縫合などの創部処置、④褥瘡の壊死組織のデブリードマン、⑤副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止、⑥CTやMRIなどに実施時期の判断などである。

フランスと異なるのは、これらの行為を特定看護師のみに解禁し、一般看護師が実施できないことである。これまでの実態調査では、一般看護師が特定の医療行為を行っている実態がある。特定看護師のみが実施できて、一般の看護師が出来なくなると現場が混乱するのではないか。また、すでに養成が始まっている認定看護師・専門看護師との役割の違いも曖昧である。医療の高度化や複雑化に対応した、看護師の専門化は時宜にかなったものであるが、専門看護師、認定看護師、特定看護師、看護師、准看護師、看護補助者というように、看護組織のヒエラルキーが拡大し、国民や医療チームにとって分かりにくい組織になるのではと危惧している。

特定看護師を創設しなくても、保助看法第37条に規定する「包括的指示」(看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるように、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すること)は、一般看護師でも対応可能と思われる。ただし、検討会の報告書でも指摘されているように、「包括的指示」が成立するための具体的な要件(フランス看護師の「固有の役割」に該当)を例示する必要性を感じている。

(3) 高度に訓練されたジェネラリストとしての管理看護師

特定看護師のような、少人数の実践者が医療現場にいただけで医療の質が向上するとは考えにくい。医療現場は30を超える専門職の集団であり、それぞれが高度な専門教育を受けている人材の宝庫である。この機会に看護師だけでなく、ほかの職種も業務範囲や役割を見直さないとバランスが悪い。また、病院に配置される医師・看護師数が少なく、まずは人員基準を引き上げるべきである。特定看護師や専門看護師を増やしても、絶対数が不足する状態は改善しないのでは、医療現場の疲弊は改善しない。

フランスHADの管理看護師は、院内と院外の多職種・他機関を調整する「高度に訓練されたジェネラリスト」である。それぞれの専門職が持つ専門能力を存分に発揮してもらい、統合された形で患者に届けるという役割を大切にしている。専門分化した組織には、これらを高度に統合する専門家、すなわちジェネラリストを束ねるゼネラルマネージャーというスペシャリストが求められているのではないか。

注

- 1) 「L」の頭文字はLois (ロワ：法律)を表す。Loisに続くものとして、Reglementaire (レグルマンテール：法規), Decret (デクレ：政令), Arrete (アレテ：省令・条令), Circulaire (サーキュレール：通達・通知)がある。
- 2) 2008年末でのHADの設置数は265か所で、フランス全国土をカバーしている。1999年の時点では、68か所であったことから10年間で約4倍になっている。設置主体の3分の2がNPO法人など非営利団体、残りの3分の1が民間企業などの営利法人である。
- 3) 公衆衛生法では、HADの人員基準を、入院患者6名に対し、最低1名以上の常勤の医療従事者を配置するよう定めている。また、医師を除く全職員の半数以上は看護師資格保持者でなければならない。さらに、30床以上の許可を受けた組織は、管理看護師を1名以上配置するよう定めている。

- 4) 看護師の処方権が認められている国（先進国に限定）は、アメリカ、イギリス、オーストラリア、スウェーデン、アイルランド、オランダ、韓国、ニュージーランドである。

参考文献

Stffen M (CNRS-Grenoble University) (2010): The French health care system.liberal universalism. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 35(3), pp.353-387.

厚生労働省大臣官房国際課：「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向（フランス）」、『海外情勢報告（2005～2006年）』, p.241.

山本あい子他（2004）：平成13年度厚生科学特別研究事業「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」pp.38-51.

刀根洋子（2007）：「フランスの医療と看護の動向」、『インターナショナルナーシングレビュー』, 30(3), pp.96-100.

岡谷恵子（2005）：「フランスの看護師制度の概要－医療・看護制度の現状と課題－」、『世界の労働』, 55(10), pp.42-53.

原山哲（2005）：「看護におけるジェンダーの次元の脱構築－フランスと日本の比較社会史試論－」、『東洋大学社会学部紀要』, 43(2), pp.77-86.

篠田道子（2008）：「フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向－在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に－」、『海外社会保障研究』, No.162, p.33.

水木麻衣子, 高橋都, 甲斐一郎（2010）：「看護師の処方権導入に関する文献研究－利害関係者の視点から－」、『社会技術研究論文』, No.7, pp.222-231.

厚生労働省（2010）：「看護業務実態調査 結果概要 看護師が行う医行為の範囲に関する研究（速報）」9月27日発表資料.

（しのだ・みちこ 日本福祉大学教授）